

본 양식은 영어로만 작성하실 수 있습니다.

Notice Regarding Insurance Coverage of Spouses and Former Spouses
배우자 및 전 배우자의 보험 적용에 대한 통지

TO: _____
수신: **Insured Spouse**
부보된 배우자

Last known address
최근 주소

Notice is hereby provided to you, pursuant to T.C.A. § 56-7-2366, with regard to your medical (accident and sickness) insurance, the following information:

T.C.A. 조항 56-7-2366 에 의하여 귀하의 의료(사고 및 질병) 보험에 대한 다음 정보를 귀하에게 통지합니다:

1. You are currently insured under the following policy, of which your spouse/participant is the insured or policy holder, which provides medical and/or hospital insurance for your benefit:

귀하는 현재 귀하의 배우자/가입자가 피보험자 또는 보험계약자이고 귀하가 의료 및 입원 보험 혜택을 받을 수 있는 다음 보험에 부보되어 있습니다:

Insurance company: _____
보험회사:

Policy number: _____
증권번호:

2. You are receiving this notice because your insurance coverage through your spouse's insurance provider will terminate as a result of a divorce, legal separation, or other separation.

귀하께서 이 통지를 받으신 이유는 이혼, 법적 별거 또는 다른 별거 상황으로 인해 배우자의 보험 제공자가 귀하의 보험 혜택을 해지되기 때문입니다.

3. Your spouse is hereby information you that the insurance coverage will terminate 30 days from the divorce, legal separation or other separation. Unless

you pursue alternative coverage options, you will be without health insurance coverage.

귀하의 배우자는 이 통지로 이혼, 법적 별거, 또는 다른 별거 날짜부터 30 일에 보험 혜택이 해지됨을 귀하께 알립니다. 별도의 대체 보험에 가입하지 않으면 귀하는 건강보험을 상실하게 됩니다.

Check if applicable:

해당 사항에 체크하십시오:

☐ This policy has a COBRA continuation provision. This permits you to continue coverage under the existing policy if certain steps are timely taken, which may include the completion of a cobra benefits application and the payment, in advance, of premiums.

The contact person for COBRA information is as follows:

이 보험은 COBRA 계속 조항을 포함하고 있습니다. 혜택 신청을 완료하고 보험료를 사전에 납입하는 등의 조치를 적시에 취하면 기존 보험에 의한 부보를 계속할 수 있습니다. COBRA 에 대한 정보는 다음 사람에게 문의하십시오:

Person:

담당자:

Phone Number:

전화번호:

Address:

주소:

☐ COBRA coverage is not available under this policy. Therefore, to have health insurance, you must obtain your own insurance from another source.

이 증권은 COBRA 부보를 제공하지 않습니다. 따라서 건강보험 혜택을 받으려면 다른 보험에 귀하가 직접 가입해야 합니다.

☐ The insurance coverage you currently have is a group insurance policy and you may be entitled to continuation coverage pursuant to T.C.A. § 56-7-2312(d)(1). The person to contact for insurance continuation information is:

귀하의 기존 부보는 단체 보험 증권이므로 T.C.A. 조항 56-7-2312(d)(1)에 의하여 부보를 계속할 수 있습니다. 보험 혜택 유지와 관련된 정보는 다음 사람에게 문의하십시오:

Person:

담당자 :

Phone Number: _____

전화번호 :

Address: _____

주소 :

Alternatively, know that you may obtain insurance from another source of your choice.

상기의 옵션 대신에 귀하는 귀하가 원하는 다른 회사의 보험에 가입할 수 있음을 주지하시기 바랍니다.

Dated this day of _____, 200_.

200_년 _____월 금일

Insured spouse/participant or policy
holder (if applicable)

피보험 배우자/가입자 또는 계약자(해당
경우)

Address

주소

Attorney for insured spouse or policy
holder (if applicable)

피보험자(배우자) 또는 계약자의 변호인
(해당 시)

CHECK IF APPLICABLE:

해당 사항에 체크하십시오:

- ☐ A divorce or legal separation has been filed in the above-captioned court.
☐ 이혼 또는 법적 별거가 상기 법원에 제출되었습니다.

CERTIFICATE OF SERVICE

(Dependent Spouse has legal representation)

송달 증명

(법적 변호사가 부양 대상 배우자를 대표합니다)

I hereby certify that a true and exact copy of the foregoing document was properly mailed to or served upon the dependent insured spouse, through his/her attorney of record, _____, by hand delivery or first class mail with sufficient postage, AND was properly mailed to the dependent insured spouse by certified mail.

본인은 이 문서의 진정한 사본이 부보된 부양 대상 배우자에게 직접 우송하거나 기록상의 변호인 _____을(를) 통하거나 인편으로 또는 충분한 우표를 첨부한 1 종 우편으로 우송 또는 송달했음을 이에 증명합니다.

THIS _____ day of _____, 200_.
200_년 _____월 _____일

BY / 서명: _____
Attorney for Insured/Participant/Policy Holder OR
Insured/ policy holder
Insured/Policy Holder
피보험자/가입자/계약자의 변호인 또는
피보험자/계약자
피보험자/계약자